ITEM 072 : TROUBLES À SYMPTOMATOLOGIE SOMATIQUE ET APPARENTÉS À TOUS LES ÂGES

Fiche réalisée en priorisant les informations/rangs de la fiche LiSA > Collèges de Médecine interne, Psychiatrie et Douleur/Soins palliatifs

Trouble à **symptomatologie somatique (TSS)** = chronicisation de symptômes physiques médicalement non expliqués avec un retentissement sur la qualité de vie (classification psychiatrique : DSM-V).
Appelés aussi **Syndromes Somatiques Fonctionnels** (SSF) comme le syndrome du côlon irritable, la fibromyalgie, le syndrome de fatigue chronique… (classification somatique).
Terme de **syndrome de détresse corporelle** qui reconnait la souffrance des malades, mais le mot détresse à une connotation « psychique » (classification somatique : CIM-11).

Trois types principaux : trouble à symptomatologie somatique, trouble de conversion (= trouble à symptomatologie neurologique fonctionnelle), crainte excessive d'avoir une maladie (apparenté aux TSS).
- Cela implique :
  - Une souffrance psychique avec altération du fonctionnement socio-professionnel.
  - Une sémiologie mentale « positive » : manifestations physiques associées à pensées, émotions et comportements spécifiques.
- Ne sont pas :
  - Un trouble factice (production intentionnelle de symptômes physiques).
  - Une réaction psychique à des symptômes physiques.
  - Une forme somatisée d'une dépression ou d'une anxiété.
  - Une simulation avec des mobiles externes (échapper à la justice, obtenir des indemnités…)
  - Une dysmorphophobie (désormais classée dans les troubles obsessionnels compulsifs).
  - Des facteurs psychologiques influençant une autre affection médicale (*ex : stress sur coronaropathie).*
- **Prévalence du tb** = **5 à 10 %** dans la population, mais prévalence de **l'expression de symptômes médicalement non expliqués en soins primaires : entre 40 et 49 %**, et prévalence d'un diagnostic ponctuel d'au moins un TSF : entre 26,2 et 34,8 %.
- **Prévalence des troubles** variables, par exemple 1,6 % pour la fibromyalgie.

Une des premières causes de consultation toutes spécialités confondues.

Présentation/diagnostic :
- Un ou plusieurs SSF (**chevauchement** fréquent), pas de **substratum anatomique** le + souvent, mais peut être présent (mais si présent n'explique pas l'ampleur du phénomène).
- **Critères psychocomportementaux souvent retrouvés** : anxiété élevée pour la santé, attention importante, voire exagérée du corps.
- Histoire de la maladie souvent tortueuse, difficile à reconstituer.
- **Nomadisme médical** fréquent.
- **Comorbidités anxieuses et dépressives**, comparables à celles observées dans certaines pathologies « organiques », ou certains traits de la personnalité (anxiété, rigidité, haut niveau d'exigence…)
- **Sévérité variable** : spontanément **résolutifs**, durée de plus de **6 mois** (TSS), handicap sur long terme
- **Prédictif de sévérité** : multiplicité des symptômes, niveau élevé d'anxiété pour sa santé, mauvaise qualité de vie perso/pro.
- **Évolution** : disparition, régression, persistance.
- **Chevauchement** fréquent entre **plusieurs SSF** ou avec **autres pathologies, psychiatriques ou organiques.**

→ Diagnostic repose sur la **discordance** entre la **normalité des examens cliniques et paracliniques**, et **l'intensité des symptômes, des pensées associées aux symptômes et du retentissement sur la qualité de vie.**

Facteurs :
- **Favorisants** : évènements traumatiques de l'enfance et évènements de vie.
- **Prédisposants :** antécédent de maladie « *organique* », résultats d'analyses et d'imagerie en faveur d'une maladie à un stade infraclinique, culture et/ou éducation (consultations, traitements ou non en cas de plaintes dans l'enfance), système de santé et accès aux soins, épigénétique (mécanismes modifiant de manière réversible l'expression des gènes sans changer la séquence de l'ADN).
- **Étiologiques** : excès de nociception résultant d'une sensibilisation centrale, attention excessive aux sensations somatiques, catastrophisme = attribution des sensations à une signification menaçante.
- **Précipitants** : accidents de la vie, maladies aiguës, des évènements traumatiques.
- **D'entretien** : absence de support personnel et professionnel, vitement de l'effort ou des actes de la vie quotidienne.
- **Chronicisation** : niveau élevé d'inquiétude pour sa santé, comorbidités anxio-dépressives, conviction d'être malade, perte de confiance dans les professionnels de santé avec la multiplication des examens, des avis, voire un recours à des médecines dites alternatives et complémentaires, bénéfices primaires (soulager un conflit intrapsychique avec la reconnaissance du statut de malade pour restaurer une identité sociale) et secondaires (gratifications matérielles, arrêts de travail).
- **D'aggravation** (déconditionnement voire évitement de l'effort ou de la vie quotidienne).

Association fréquente avec **trouble médical non psychiatrique** (fibromyalgie et rhumatisme inflammatoires, trouble fonctionnel intestinal et maladie inflammatoire chroniques de l'intestin…)

TSS	**= Classification psychiatrique (DSM-V).**	
	Trouble à symptomatologie somatique *Prévalence 5 à 7 %*	**Association au sujet de signes et symptômes physiques** positifs, associés à des pensées, comportements et émotions anormales en réaction à ces symptômes : *Critères diagnostiques (DSM-V) :* - Symptômes somatiques sources d'une détresse et/ou avec retentissement fonctionnel important. - Association à : - Pensées disproportionnées et persistantes quant à la gravité des symptômes. - Haut niveau d'anxiété persistant sur sa santé et ses symptômes. - Temps et énergie excessivement consacrés aux problèmes de santé (consommation de soins). - Symptomatologie persistante > 6 mois le plus souvent. **- L'absence d'une pathologie somatique n'est pas nécessaire au diagnostic.** ± symptomatologie douloureuse prédominante.

<table>
<tr><td rowspan="4">TROUBLES APPARENTES AUX TSS</td><td>Trouble neurologique fonctionnel
5 % des consultations de neurologie</td><td>(Anciennement trouble de conversion).
- Déficit moteur, sensitif ou sensoriel évoquant la présence d’un trouble neurologique, mais incompatible avec la systématisation du système neurologique.
- Mécanismes de dissociation fréquents (déréalisation et dépersonnalisation).
- Assez peu d’anxiété liée aux symptômes, souvent une certaine indifférence.
- Examen neurologique excluant une maladie neurologique ± EEG normal si convulsions.</td></tr>
<tr><td>Trouble factice</td><td>(Anciennement pathomimie ou syndrome de Müchausen).
= Falsification de symptômes physiques ou psychologiques sans motivation évidente.
- Exagération ou invention de symptômes.
- Falsification de documents médicaux.
- Provocation de maladies somatiques (ingestion de toxiques, inioculation de pathogènes, auto-administration de traumatismes…)
- Aggravation intentionnelle d’une maladie existante (arrêt du traitement…)</td></tr>
<tr><td>Crainte excessive d’avoir une maladie
Prévalence 3 à 8 %</td><td>= Trouble d’anxiété liée à la maladie (anciennement hypocondrie).
- Symptômes somatiques non au premier plan, mais la peur d’avoir une maladie grave.
- Préoccupation envahissante vis-à-vis de la santé, crainte ou idée d’être atteint d’une maladie grave, suite à l’interprétation erronée de sensations physiques.
- Comportements : recherche de réassurance et de soins, ou parfois évitement des soins.
- Durée > 6 mois.</td></tr>
<tr><td>Facteurs psychologiques affectant d’autres affections médicales</td><td>- Influence de facteurs psychologiques sur d’autres pathologies somatiques : eczéma, psoriasis, ulcère gastro-duodénal, infarctus…
- Souvent, patients invoquant le lien entre les facteurs psychologiques et le déclenchement de la maladie, contrairement aux TSS (souvent, réticence au lien avec des facteurs psychologiques).</td></tr>
<tr><td rowspan="4">SYNDROMES SOMATIQUES FONCTIONNELS</td><td colspan="2">= Classification somatique, correspondent à des cas particuliers de TSS.
= Syndromes somatiques fonctionnels dans de nombreuses spécialités non psychiatriques.
• Gastro-entérologie ➞ syndrome de l’intestin irritable/trouble fonctionnel intestinal (TFI) ; dyspepsie non ulcéreuse.
• Gynécologie ➞ syndrome prémenstruel ; algies pelviennes chroniques ; vulvodynies.
• Rhumatologie ➞ fibromyalgie.
• Cardiologie ➞ précordialgies à coronaires saines.
• Pneumologie ➞ syndrome d’hyperventilation.
• Immunologie ➞ syndrome de fatigue chronique.
• Neurologie ➞ céphalée de tension.
• Stomatologie ➞ syndrome algodysfonctionnel de l’appareil manducateur (SADAM) ; glossodynie.
• ORL ➞ rhinite chronique non allergique.
• Allergologie ➞ intolérance environnementale idiopathie.</td></tr>
<tr><td>Syndrome de l’intestin irritable</td><td>= Colopathie fonctionnelle.
- Très fréquent en population générale.
- Troubles fonctionnels digestifs > 6 mois avec état général conservé et examens endoscopiques normaux.
- Douleurs abdominales récurrentes, sensation de ballonnements, diarrhée/constipation.
- Anomalies de la sensibilité viscérale probablement en cause.</td></tr>
<tr><td>Fibromyalgie</td><td>= Syndrome polyalgique diffus.
- Fréquente : 1,6 % de la population adulte avec prédominance féminine (3,5 % VS 0,5 %).
- Douleurs chroniques > 3 mois, diffuses, à prédominance axiales, sensibilité à la pression des zones d’insertion tendineuses.
- Détresse psychique habituelle.
- Symptômes associés : asthénie, troubles du sommeil, fatigabilité, enraidissement, troubles de concentration, sensations vertigineuses, troubles fonctionnels digestifs.
- Parfois secondaire = associée à un rhumatisme inflammatoire ou autre maladie organique.
- Physiopathologie non claire, hypothèse d’hyperalgésie centrale.</td></tr>
<tr><td>Syndrome de fatigue chronique (SFC)</td><td>- Souvent associé à la fibromyalgie, peut être isolé.
- Asthénie chronique et invalidante sans cause somatique retrouvée après explorations.
- Asthénie + au moins 4 des symptômes suivants pendant > 6 mois :
. Troubles de mémoire ou de la concentration.
. Pharyngite.
. Adénopathies cervicales ou axillaires.
. Myalgies.
. Arthralgies.
. Céphalées.
. Sommeil non réparateur.
. Sensation de malaise après un effort.
- NB : Une dépression ne constitue pas un critère d’exclusion.</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>SYNDROME DE DÉTRESSE CORPORELLE</td><td colspan="3">Classification dans le CIM-11, par les somaticiens.
= Regroupement des différents SSF sous une terminologie commune : syndrome de détresse corporelle.
- Au moins 3 des symptômes parmi au moins 1 des groupes suivants :
• Hyperexcitabilité cardio-pulmonaire ou autonome : palpitations, oppression précordiale, essoufflement sans effort, sueurs froides ou chaudes, bouche sèche.
• Hyperexcitabilité gastro-intestinale : douleur abdominale, selles molles ou trop fréquentes, ballonnement, régurgitation, nausées, brûlures épigastriques ou rétrosternales.
• Tension musculo-squelettique : douleurs articulaires, musculaires, rachidiennes, sensation de faiblesse, d’engourdissement, de fourmillement.
• Symptômes généraux : troubles de la concentration/attention, de la mémoire, céphalées, vertiges, fatigue excessive.
- Patient handicapé par ces symptômes.
- Après élimination d’une étiologie organique.
- Accompagnées de pensées inappropriées vis-à-vis du symptôme.</td></tr>
<tr><td rowspan="2">DG</td><td>DD</td><td colspan="2">- Pathologie médicale non psychiatrique : à éliminer systématiquement au début de la prise en charge, mais attention à ne pas trop prescrire d’examens complémentaires « pour rassurer » car risque d’aggravation des troubles.
- Pathologie médicale psychiatrique.</td></tr>
<tr><td>Comorbidité</td><td colspan="2">- Trouble psychiatrique : trouble dépressif caractérisé, trouble anxieux, trouble de l’adaptation, trouble de personnalité, trouble dissociatif, trouble de stress post-traumatique.
- Pathologie médicale non psychiatrique fréquemment associée.</td></tr>
<tr><td rowspan="4">TTT</td><td colspan="3">- Hospitalisation en général non nécessaire.
- Hospitalisation courte en médecine : parfois indiquée pour la réalisation d’examens complémentaires éliminant un diagnostic différentiel non psychiatrique.
- Hospitalisation en psychiatrie : comorbidité psychiatrique avec signes de gravité.</td></tr>
<tr><td>Principes généraux de PEC</td><td colspan="2">- But : . Discuter l’orientation vers un suivi psychiatrique et une PEC coordonnée, réassurance, reconnaissance.
. Ne pas multiplier les investigations paracliniques contribuant à l’entretien des troubles avec possibilité d’incidentalomes pouvant aggraver l’inquiétude.
- Reconnaitre que les symptômes sont « véritables », recueil exhaustif de tous les spt et de l’expérience qu’en fait le malade, ce qu’il en expérimente…
- Nommer le trouble, expliquer des mécanismes physiopathologiques prouvés/supposés, rassurer sur le fait qu’il s’agit d’une maladie commune et reconnue en prenant en compte le besoin de légitimation sociale : « maladie socialisée (sickness) », rassurer sur le fait qu’un suivi sera mis en place.
- Recherche des facteurs déclenchants et des facteurs de stress maintenant les symptômes.
- Permettre la réunion de « la maladie du médecin (disease) » réalité biologique objectivable et « la maladie du malade (illness) » réalité subjective issue de l’expérience vécue.
- Discuter du traitement : médicaments souvent inefficaces, traitement psychologique efficace.
- Maintenir une prise en charge collaborative avec le médecin orientant le patient et le psychiatre ± certains avis spécialisés ponctuels et autres professionnels (kiné, psychologue…)
- Pratiquer une médecine centrée sur le patient, personnalisée.
- Négociation des objectifs et des moyens de la thérapie qui doivent être atteignables (centrés sur l’atténuation des symptômes et de leur retentissement psychosocial).
→ Objectif de maintien de l’alliance thérapeutique ++.</td></tr>
<tr><td>PEC des comorbidités</td><td colspan="2">- Trouble dépressif caractérisé, trouble anxieux : antidépresseur, psychothérapie.
- Trouble de l’adaptation, trouble de personnalité : psychothérapie seule.</td></tr>
<tr><td>Traitement spécifique</td><td colspan="2">- Briser les facteurs de maintien : modifications thérapeutiques du mode de vie :
. Relaxation avec exercices respiratoires, baisse de la tension musculaire, biofeedback.
. Méditation avec exercices d’entraînement attentionnel.
. Promotion de l’exercice physique (si fatigue et/ou douleur), réhabilitation à l’effort
. Amélioration du sommeil, de l’alimentation
- Recours au psychiatre ou psychologue parfois difficile pour le patient, à présenter comme un suivi conjoint, ++ important si nécessité de psychothérapie/explorations de comorbidités psychiatriques :
→ Approches psycho-corporelles : méditation en pleine conscience, hypnose, sophrologies, parfois insuffisantes.
→ Thérapie cognitivo-comportementale : redonner leur juste place aux sensations corporelles, lutte contre les conduites d’évitement, diminuer l’anticipation cognitive : place capitale dans les TSS
=> Efficace même à long terme, réduisant la sévérité et leur comorbidité anxio-dépressive
=> Limite = soignants formés insuffisants (obj de SP : formation de soignant d’une durée de 14 h).
- Thérapie familiale chez l’enfant/adolescent ou en cas de facteur de stress familial.
- Explication de l’origine cérébrale.</td></tr>
<tr><td>Traitement médicamenteux</td><td colspan="2">Antidépresseurs (tricycliques, inhibiteurs de la recapture de la sérotonine avec ou sans action sur la noradrénaline) et psychotropes :
- Pas d’efficacité supérieure au placebo.
- Les effets indésirables peuvent amplifier les symptômes, mauvaise tolérance fréquente
- Antidépresseurs éventuellement utiles pour traiter les comorbidités anxieuses et dépressives.
Produits dits naturels (phytothérapie, etc.)
- Pas d’efficacité supérieure au placebo.</td></tr>
</table>

CHEZ L'ENFANT	- Très fréquents : prévalence = **12 %.**	
	FdR	- Facteurs de stress. - Trouble anxieux ou dépressif. - Certaines dimensions de la personnalité. - Antécédents familiaux de troubles à symptomatologie somatique et apparentés. - Faible niveau socio-économique. - Difficultés de communication intrafamiliale, réponse de la famille aux émotions.
	PEC	- Démarche de recours aux soins la plupart du temps **effectuée par les parents** et non par les enfants et adolescents eux-mêmes. - Hospitalisation parfois nécessaire pour évaluation pluridisciplinaire : explorations médicales non psychiatriques (éliminer DD) + pédopsychiatrie. - Prendre en compte les représentations familiales pour obtenir une alliance thérapeutique. - Programme d'intervention auprès de l'enfant et de sa famille (thérapie systémique, thérapie familiale) pour apprendre à communiquer sur les facteurs de stress. - Psychothérapie individuelle (TCC efficace).

FIBROMYALGIE

DESCRIPTION	Fait partie des **syndromes douloureux nociplastiques** (avec les TFI, les cystalgies à urines claires, le syndrome de Tietze, le syndrome de l'articulé temporo-mandibulaire et les céphalées de tensions) sans lésion somatique identifiée.	
	Prévalence	- Une des pathologies douloureuses chroniques diffuses **les plus fréquentes :** 1,6 % de la population adulte avec prédominance féminine *(3,5 % VS 0,5 %).*
	Comorbidité	- Étiologie **controversée,** mais maladie bien **réelle.** - Comorbidités fréquentes : **troubles anxieux**, **dépression**, hypervigilance, névrosisme, sentiment d'injustice, stratégies d'ajustement peu flexibles, catastrophisme. - **Nommer** la fibromyalgie réduit l'inquiétude des patients et construit un projet thérapeutique. - Peut être associée à d'autres maladies et amplifier la comorbidité.
	Dépistage	- Questionnaire **FiRST** : 6 questions sur des symptômes depuis au moins 3 mois. → Positif si 5/6 *(spécificité et sensibilité 85 %).*
DG	Critères ACR 2016	- Douleurs diffuses depuis **≥ 3 mois** non expliquées par une autre pathologie. - Au moins **4/5** régions du corps. - Index de Douleur Diffuses et de Sévérité des Symptômes importants. - Dg de fibromyalgie n'excluant pas une pathologie associée.
	Signes cliniques	- **Douleur +++** constante et sévère, prédominance **axiale** et para-vertébrale, parfois migratrices ou par crises. ± Symptômes associés : . Asthénie 90 % des cas. . Troubles du sommeil 75 % des cas. . Dérouillage matinal 80 % des cas. . Migraines ou céphalées de tension 50 % des cas. . Troubles digestifs fonctionnels 50 % des cas. ± Secondaire à d'autres pathologies douloureuses ou non (lombalgie, arthrose, lupus, PR, G-S, SPA, maladie de Lyme, syndromes post-viraux…)
	DD	- Rhumatologie/maladie de système : polyarthrite rhumatoïde, Goujerot-Sjögren, lupus, spondylarthropathie, pseudo-polyarthrite rhizomélique, hyperlaxité. - Neurologie : myosite, myélopathie, neuropathie périphérique. - Endocrinologie : troubles métabolique (TSH, PTH, vitD…) - Maladie psychiatrique : anxiété, dépression. - Infections : hépatite C. - Pathologie tumorale. - Médicament : statines (douleurs musculaires), opioïdes (hyperalgésie), chimiothérapies (douleurs neuropathiques), anti-aromatases (arthralgie et douleur diffuse), bisphosphonates (douleurs osseuses).
	Examens paracliniques	- **Les limiter +++.** - Bilan minimal = syndrome inflammatoire (NFS, CRP), vit D, calcium, phosphore, TSH, ionogramme, enzymes hépatiques. ± bilan auto-immun et PTH selon orientation.
PHYSIOPATHOLOGIE	Hypothèses	- **Désordre neurologique central** = hypothèse principale. - Désordre neurologique périphérique. - Troubles neuroendocriniens (peuvent être liés à choc psychologique ou physique). - Anomalies génétiques *(très peu fréquent).* - Anomalies psychologiques (souvent anxiété et éléments dépressifs associés). - Carence. - Iatrogénie. - Trouble de l'adaptation, de la flexibilité (difficulté à faire face et dramatisation excessive = catastrophisme). → **Syndrome multifactoriel +++** avec de nombreux mécanismes physiopathologiques intriqués.

<table>
<tr><td rowspan="3">PEC</td><td colspan="2">- PEC multimodale et pluridisciplinaire.
- Approche non médicamenteuse en 1re intention : exercice physique, PEC psychologique.
- Éducation des patients (et de la famille chez l’enfant).</td></tr>
<tr><td>Traitements non médicamenteux</td><td>- Approches multidisciplinaires.
- Exercice physique +++ (aérobie, milieu aquatique, mouvements méditatifs).
- TCC ; relaxation et méditation (imagerie mentale, biofeedback, hypnose et méditation pleine conscience).</td></tr>
<tr><td>Traitements médicamenteux</td><td>- Pas d’AMM en Europe.
- PAS d’opioïdes forts, corticostéroïdes ou benzodiazépines.
- Antalgiques classiques peu efficaces (tramadol > autres antalgiques), surtout utiles avant en prévention avant situation à risque de majoration des douleurs.
- Antidépresseurs (tricycliques ou IRSNa) (ISRS peu efficaces).
- Antiépileptiques (prégabaline et gabapentine).
- Hypnotiques si troubles du sommeil (pas d’action sur la douleur).</td></tr>
</table>